

Grupo de Estudio de la Migración Regional

RESUMEN DEL SECTOR: SISTEMA DE SALUD

IMPLICACIONES PARA EL CAPITAL HUMANO Y LA MIGRACIÓN

Febrero 2013



Perfil del Sector

Esta ficha informativa analiza los cambios demográficos, los perfiles epidemiológicos y los patrones de migración en El Salvador, Guatemala, Honduras, México y los Estados Unidos. Se examinan varios retos que enfrentan estos países en la prestación de servicios de salud, en la creación de capacidades en recursos humanos para la salud, y el potencial de la migración como una estrategia para satisfacer la demanda de atención médica en la región. El enfoque se centra principalmente en el personal de enfermería, ya que la enfermería es una de las categorías ocupacionales más grandes y de más rápido crecimiento en los Estados Unidos, y una extensiva investigación ha mostrado que el cuidado por enfermeras profesionalmente entrenadas

lleva consistentemente a mejores resultados de salud del paciente. Estos cinco países se enfrentan a desafíos en la producción y retención de enfermeras que tengan las habilidades necesarias para atender a poblaciones diversas y cambiantes.

Gasto comparado en la salud. Los desafíos del sistema de salud de Estados Unidos son ampliamente conocidos como únicos: La principal preocupación es el control de costos en todo el sector. Ha comenzado la jubilación de la generación del baby boom o *baby boomers*, lo que lleva a una mayor demanda de servicios de salud. El gasto en salud per cápita es más alto en Estados Unidos que en otro país en el mundo — \$8,362 dólares per cápita en 2010¹ — y los gastos totales en salud suman casi el 18 por ciento del producto interno

bruto (PIB).

México y los países de Centroamérica examinados en este informe, comparten varias características en sus sistemas de salud. Primero, el gasto en el sector de salud representa entre seis y siete por ciento del Producto Interno Bruto (PIB), que va desde US\$325 per cápita en Guatemala hasta US\$959 per cápita en México.² El sector público es el mayor empleador de profesionales del sistema de salud, aunque el sector privado de salud existe en todos los países y su participación en el mercado varía ampliamente; ningún sector es más efectivo en la entrega de asistencia. Los países se encuentran en diferentes etapas de ampliación al acceso de cobertura por aquellos que no pueden pagar por un seguro privado o para aquellos cuyos costos que deban ser pagados de su propio bolsillo son muy altos. El Salvador promulgó recientemente una ley que expande la cobertura del sistema de salud a todo el país,³ mientras que Honduras planea crear un plan nacional de seguro médico para las personas de bajos recursos del país.⁴ El programa *Seguro Popular* de México, provee seguro médico subsidiado a los individuos de bajos recursos — aunque algunos lo ven insostenible — es ampliamente conocido por haber logrado avances en la reducción de desigualdad, incrementado el acceso a los servicios y mejorado el manejo de enfermedades catastróficas como cáncer.⁵

Tendencias de la migración internacional de enfermeras. La migración internacional de enfermeras es un fenómeno que comprende miles de millones de dólares, que afecta a países de todo el mundo, y que es usado por organizaciones del cuidado de la salud para llenar a las vacantes de personal. Actualmente, las estimaciones indican que las enfermeras educadas internacionalmente constituyen hasta el 30 por ciento de la fuerza laboral de enfermeras en Estados Unidos en algunas partes del país.⁶ La mayoría de las enfermeras que migran internacionalmente por razones laborales, vienen de países en desarrollo y trabajan en países desarrollados. Las enfermeras casi siempre permanecen en los países desarrollados, sin regresar a sus países de origen, enviando millones de dólares en remesas.⁷ Los impactos de esta emigración en los países en desarrollo pueden incluir resultados peores en la salud dado a la escasez de personal profesional y el mal funcionamiento de los sistemas de salud.

Sin embargo, la migración internacional de enfermeras puede estar en una encrucijada social y económica, debido a los cambios políticos y económicos que han ocurrido durante los últimos cuatro años. Información sobre la masiva fuga de cerebros que paraliza el sistema de salud en los países en desarrollo, y los problemas de desempeño laboral de las enfermeras educadas internacionalmente, ha causado hospitales y sistemas de salud a repensar sus prácticas de reclutamiento. Estos acontecimientos, junto con la crisis económica global de 2008, y el incremento de producción de enfermeras en Estados Unidos, han disminuido substancialmente la migración de enfermeras internacionales a Estados Unidos.

Tendencias en la demanda de enfermeras en Estados Unidos. Mientras la crisis económica ha desacelerado la expansión económica de Estados Unidos, su sistema de salud aún permanece como una industria que ha aumentado constantemente la contratación de personal de enfermería por los últimos tres años y está proyectado crecer por las siguientes dos décadas, debido al envejecimiento de la generación de *baby boomers* que ha incrementado la demanda para los servicios de salud.⁸ A medida que la demanda doméstica de enfermeras ha aumentado en los últimos cinco años, la matrícula en programas de enfermería se ha disparado y los graduados han inundado el mercado. Ahora, Estados Unidos tiene alrededor de tres millones de enfermeras registradas, aproximadamente un quinto de la población total de enfermeras registradas en el mundo; el uno por ciento de la población de Estados Unidos está empleado en un puesto de enfermería.

En Estados Unidos, se esperan 711,900 nuevos puestos laborales para enfermeras registradas desde 2010 a 2020.⁹ Es probable que el mercado para cuidado en casa y cuidado a largo plazo crezca, pero solo siempre y cuando seguros como Medicare y planes de seguros suplementarios paguen por esos servicios. Adicionalmente, la generación de *baby boomers* también representa la mayoría de enfermeras que trabajan en el país. Sus jubilaciones, que han incrementado en número, supuestamente incrementarán las oportunidades de empleo para enfermeras jóvenes.

Los diseñadores de las políticas de Recursos Humanos en Salud (RHS) teorizan que en el corto plazo, la Ley

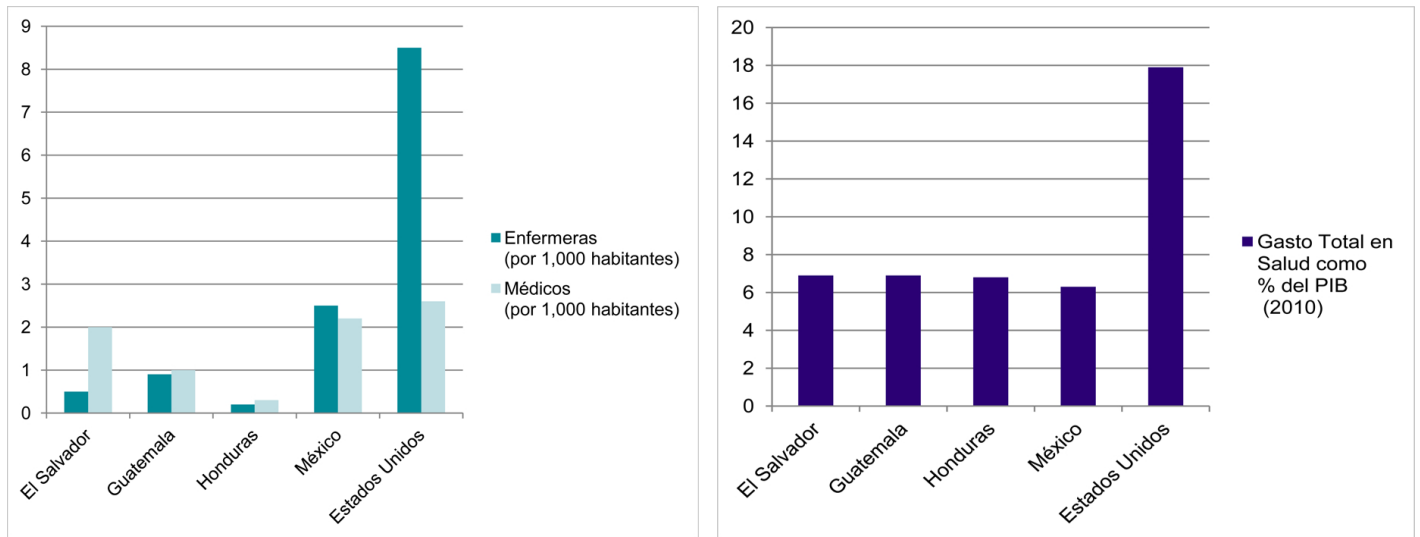
del Cuidado de Salud a Bajo Precio o *Affordable Care Act* (ACA) tendrá un impacto positivo en la contratación de enfermeras en Estados Unidos. Ya que más personas tendrán seguro de salud como resultado del ACA, los hospitales tendrán menores pérdidas debido a los pacientes que no puedan pagar o que pagan los costos lentamente. Generalmente, en términos de operación y la línea de fondo, algunos reembolsos son mejores que ningún reembolso. Los reembolsos de seguros serán siempre mayor a lo que un paciente puede pagar de su propio bolsillo, incluso en programas gubernamentales como Medicaid. Para los patrones de contratación de enfermas en Estados Unidos, el ACA significa más empleo y menor tiempo de espera para la contratación. ACA también significa diferentes roles para las enfermeras. Muchos trabajadores de primera línea en los hospitales pueden pasar a posiciones de administración, y las enfermeras auxiliares podrían ver oportunidades en los sistemas de atención primaria de la salud.

Aumento de graduados de enfermería en Estados Unidos. Un estudio reciente mostró que la matriculación de estudiantes de enfermería en sus veintes ha llegado a niveles de reemplazo.¹⁰ Esto significa que se graduarán suficientes enfermeras que seguirán trabajando por suficiente tiempo para reemplazar a aquellas que probablemente se jubilen en los próximos cinco a diez años. Incluso en las áreas rurales se ha facilitado el tiempo de contratación a nuevos graduados, a pesar de que estos aún tengan problemas en retener a las enfermeras por más de dos años.

Sin embargo, las enfermeras educadas internacionalmente con conocimiento de idiomas que responden a las necesidades de salud de la población pueden resultar en una opción de contratación atractiva para los hospitales, incluso cuando existen candidatos domésticos disponibles. El sistema de salud de Estados Unidos continua necesitando enfermeras bilingües que reduzcan las disparidades del sistema de salud entre las minorías que no hablan inglés, aborden los problemas de acceso al sistema de esta población, y mejoren la calidad del servicio recibido a aquellos que no hablan inglés. Aunque se han matriculado más estudiantes Hispanos en los programas de enfermería en Estados Unidos, la mayoría no hablan español lo suficientemente bien como para comunicarse de manera efectiva con los pacientes.¹¹ En algunas regiones de Estados Unidos, la diversidad de la población Latina también significa que hay diferentes acentos dentro de su grupo, lo que puede significar que incluso entre aquellos que hablan español existen dificultades de comunicación entre ellos mismos.

Estandarización del entrenamiento. Tanto el entrenamiento como la calidad de la atención se han estandarizado en el sector. Primero, en el mercado doméstico se han transformado los patrones de contratación ya que los hospitales están cambiando el título preferido para enfermeras de nivel de entrada o para enfermeras de primera línea hacia la licenciatura. Este cambio está basado en las evidencias: la investigación ha demostrado consistentemente que los resultados de los pacientes mejoran cuando ellos son atendidos por enfermeras con títulos universitarios.¹² Para los hospitales, el contratar a una enfermera con licenciatura ahora es visto como parte de un plan más amplia de gestión del riesgo. A nivel internacional, los hospitales privados en algunos países están buscando acreditación dada por la *Joint Commission International* (JCI) de la *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*. Este órgano provee acreditación a hospitales fuera de Estados Unidos que puedan recibir pacientes internacionales – o los llamados turistas médicos. La acreditación de JCI provee un grupo de estándares mínimos por las instalaciones y puede asegurar para la compañía de seguros y para el paciente que los estándares mínimos de calidad se han cumplido. Es importante notar que los estándares de JCI para los servicios de enfermería no son los mismos que en Estados Unidos.

Las figuras 1 y 2. Recursos Humanos y Gastos en los Sistemas de Salud de Centroamérica, México y Estados Unidos



Fuente: Situación de Salud en las Américas — Indicadores Básicos 2012 (Organización Panamericana de Salud, 2012); Observatorio Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2010).

¿Por qué la salud es importante para el Grupo de Estudio?

Envejecimiento de la población. En los Estados Unidos se espera que la jubilación de la generación de baby boomers aumente la demanda de servicios de salud debido a las enfermedades asociadas con el envejecimiento y las altas tasas de obesidad, las cuales pueden generar múltiples condiciones crónicas que requieran una compleja y algunas veces costosa gestión de la atención. En México y Centroamérica, la estructura de la población ha cambiado rápidamente desde la década de 1950, debido principalmente a la gran reducción de mortalidad y la disminución de la fertilidad.¹³ Por lo tanto, mientras que alrededor del 45 por ciento de la población mexicana era menor de 14 años en 1970, en el 2010 este porcentaje ha disminuido a 30 por ciento con un incremento en el número de adultos y de la tercera edad.¹⁴ Algunas estimaciones sugieren que para el 2020 los otros países que se encuentran bajo estudio, a excepción de Guatemala, experimentarían mayores incrementos en la población anciana. Por ejemplo, se espera que México y El Salvador tengan alrededor de nueve por ciento de su población en edad 65 años o más en el 2020.

Cambios epidemiológicos. Los cambios demográficos están relacionados con los cambios epidemiológicos. Los países con altos niveles de desarrollo socioeconómico tienen menores tasas de enfermedades infecciosas porque sus sistemas de salud y sociales tienen los recursos adecuados para tratar o prevenir estas enfermedades. A medida que aumentan los ingresos y la población de México y Centroamérica tienen mayor acceso a agua potable y servicios de salud, las enfermedades infecciosas o transmisibles son erradicadas gradualmente. Pero al mismo tiempo que los sistemas de salud en la región todavía están alejándose del enfoque en las enfermedades infecciosas, estos sistemas siguen siendo retados por el rápido incremento de los niveles de enfermedades crónicas o no transferibles (ENT). Un creciente número de personas mayores o de la tercera edad ha cambiado la mayoría de las enfermedades desde los primeros años de vida hacia la vejez. La prevalencia del sobrepeso, los niveles altos de glucosa y la presión arterial alta muestran que estos países están experimentando cambios importantes en sus perfiles de salud. La alta mortalidad asociada con enfermedades cardiovasculares y diabetes, condiciones que subyacen el aumento de la carga en el sistema de salud, es particularmente importante. Estas enfermedades son en gran medida prevenibles, con la excepción de muchos tipos de cáncer, pero es costoso tratar y gestionarlas. La mayoría de individuos de edad avanzada tienen

por lo menos una enfermedad no transmisible debido a los efectos del envejecimiento de la salud; por lo tanto los sistemas de salud en países con poblaciones que se envejecen pueden esperar un incremento en los gastos en salud, debido al incremento de las enfermedades crónicas no transferibles. Los expertos estiman que los costos asociados con el tratamiento y gestión de estas enfermedades incrementarían drásticamente en los próximos años.

Costo-efectividad de los servicios de enfermería. Las investigaciones demuestran que las enfermedades no transmisibles pueden ser exitosamente manejadas por enfermeras y que el personal de enfermería es esencial para obtener resultados exitosos.¹⁵ El personal de enfermería es también importante para limitar las complicaciones relacionadas con el tratamiento y manejo de las enfermedades no transmisibles en el ámbito hospitalario.¹⁶ Los sistemas de salud con sistemas de coordinación efectivos pueden efectivamente manejar la carga de las enfermedades crónicas no transmisibles en la población, pero esto no puede hacerse sin un número adecuado de recursos humanos en el sistema de salud.

Escasez de personal de enfermería en la región. En México y Centroamérica, existe una sobreoferta de médicos y una escasez de enfermeras registradas y con estudios de postgrado (por ejemplo aquellos con por lo menos un título de maestría). De estos cinco países, El Salvador y Honduras están en la lista de la Organización Mundial de la Salud como aquellos que tienen una escasez crítica de trabajadores en el sistema de salud (menos de 23 trabajadores en la salud por cada 10,000 personas). Sin embargo, todos estos países se enfrentan a la escasez de personal de salud en las áreas rurales, incluso cuando es más probable que las enfermeras (y no los médicos) trabajen en estas áreas. Hay extensas desigualdades en el acceso y contratación en el sistema de salud debido a que existen importantes disparidades socioeconómicas en la población.

Barreras en la producción y migración de enfermeras en la región. Históricamente los centroamericanos y mexicanos no han jugado un papel importante en la migración de enfermeras a Estados Unidos. La mayoría de las enfermeras de México y Centroamérica no emigran – enfermería es un trabajo propio de la clase media en la región, lo que reduce los factores de empuje, junto con las barreras a la migración internacional — como la falta de conocimiento del idioma inglés, la dificultad en obtener el registro académico para el reconocimiento de credenciales, y el no aprobar el examen de licenciatura de enfermería. Adicionalmente, hay pocas vías de visado para aquellas enfermeras educadas internacionalmente que quieren entrar al mercado de empleo en Estados Unidos – uno de ellos, el visado (raramente utilizado) para profesionales no-inmigrantes de TLCAN.

Más importante aún, los obstáculos a la producción de enfermeras calificadas en México y Centroamérica son sustanciales. Muchas enfermeras se enfrentan a problemas de alfabetización básica y problemas de aritmética — por ejemplo, carecen de los conocimientos básicos de álgebra que es la base para los cálculos y ajustes de las dosis de los medicamentos. Si los estudiantes terminan con malas competencias en esta materia, pueden poner a los pacientes en riesgo.

Las habilidades de escritura representan una competencia básica en la educación que necesita mayor desarrollo. La habilidad de escribir es parte fundamental de la comunicación efectiva para entrar a programas de enfermería, avanzar en la carrera y para el caso de enfermeras en Estados Unidos, es una habilidad que ellas necesitan para poder documentar las acciones de atención a los pacientes ya que es un requisito legal para el desempeño de su trabajo. Las habilidades básicas de escritura son importantes también en el aprendizaje de un segundo idioma, como el inglés. Individuos con bajas habilidades de escritura en su lengua materna tendrán dificultades en pasar los exámenes de evaluación de su segundo idioma como el *Test of English as a Foreign Language* (TOEFL) o el *International English Language Testing System* (IELTS). Altas calificaciones para pasar estos exámenes son ahora un requisito para las visas de trabajo en enfermería de Estados Unidos, porque deficientes habilidades en comunicación entre enfermeras educadas internacionalmente puede resultar en un aumento en los errores médicos.

Construyendo instituciones que capaciten a enfermeras para su exportación. Para que los países que buscan crear capacidad para que sus enfermeras puedan migrar necesitan décadas de inversión gubernamental, internacional y del sector privado en el sistema de educación y de salud. Esta inversión se paga primero domésticamente, con mejores resultados en la salud y en el funcionamiento del sistema de salud, antes que los trabajadores sean capaces de migrar y enviar remesas. A largo plazo, la inversión en el personal de enfermería

representa la inversión en mujeres y minorías marginadas, así como en la reducción de desigualdades socioeconómicas, mejoras en la educación e infraestructura del sistema de salud y mejoras en los perfiles de salud de la población.

Anticipando la demanda del turismo médico y el crecimiento de las comunidades expatriadas. El turismo médico de la región requiere la armonización a través de las fronteras internacionales de la regulación de los seguros de salud, las credenciales de los profesionales de la salud y en los estándares hospitalarios de la calidad de atención para atender a los trabajadores migrantes, pacientes y turistas por igual. De los países examinados en esta ficha informativa, México es el país más adecuado para turismo médico por el gran número de estadounidenses y canadienses expatriados viviendo en ese país. El censo de México en el 2010 indica que la población combinada es de alrededor de 746,000.¹⁷ Muchas de estas personas son jubilados que han sido atraídos por el buen clima, y el bajo costo de vida. En 2010, más de 20,000 ciudadanos de Estado Unidos han recibido sus beneficios del programa estadounidense de la Seguridad Social en México.¹⁸

El gobierno mexicano también está invirtiendo fuertemente en la construcción de comunidades de jubilación orientadas a los norteamericanos. La sostenibilidad y rentabilidad de estas comunidades depende en la habilidad de México de proveer servicios de salud a esta población que envejece. Sin embargo, existen dos problemas domésticos que amenazan el desarrollo de esta industria en México. Primero, la violencia relacionada con el narcotráfico en el norte de México y en algunos hoteles ubicados en las playas ha desalentado a los turistas a entrar al país. Una segunda amenaza a la industria mexicana es la falta de personal bilingüe en enfermería. Si bien es fácil encontrar médicos mexicanos bilingües, hay pocas enfermeras bilingües. Dado que los servicios más necesitados por los jubilados a medida que van envejeciendo son atención de enfermería y que las enfermeras son el recurso más rentable para la entrega de atención en estas comunidades, la falta de enfermeras bilingües en México representa un obstáculo al desarrollo del turismo médico.

Implicaciones

Esta ficha informativa destaca claramente las áreas donde las inversiones socioeconómicas en la enfermería y en los servicios de salud tienen el potencial para rendimientos muy altos de la inversión. Estos retornos vendrán no solamente con importantes ganancias domésticas, sino también se traducen económicamente en una variedad de vías. Si esta ficha informativa comunica algo, es lo complejo e interconectado que es la producción de recursos humanos de enfermería en cualquier país. Las ocho áreas que se solicitan mejorar en este informe, incluso si se actúa a pequeña escala, tendrán el potencial de mejorar los flujos de personas y recursos entre los países incluidos.

1. **Mejorar el acceso a la educación.** El desarrollo de los recursos humanos de enfermería depende del mejoramiento del acceso a todos los niveles de educación y la garantía que la educación siga siendo financieramente accesible después de que la persona complete su educación profesional básica. La mayoría de los países citados en este informe han logrado avances sustanciales en la educación primaria y secundaria, pero la producción de los recursos humanos de enfermería no va a mejorar sin una inversión continua y creciente en este sector. Establecer metas nacionales para las competencias mínimas de los graduados (es decir, las habilidades en matemáticas, escritura, artes y las ciencias básicas) es un paso importante para la producción de graduados de bachillerato con las habilidades necesarias para convertirse en enfermeras.
2. **Crear o fortalecer los órganos existentes de acreditación de los programas de educación de enfermería.** Debido a la expansión del acceso a programas de educación de enfermería, los países también deben asegurarse de que la educación que está generando el personal de enfermería, produzca graduados de calidad que puedan proporcionar una atención segura a los pacientes nacionales e internacionales. Por lo tanto, la creación o el fortalecimiento de los órganos existentes de acreditación de

los programas de educación de enfermería contribuirá a mejorar la capacidad de un país para producir enfermeras capaces de migrar al extranjero por trabajo o para el cumplimiento de los estándares internacionales para la prestación de servicios. Hacer que estos órganos sean independientes del Estado, de sindicatos y de asociaciones profesionales también incrementará su capacidad para producir un trabajo transparente y creíble.

3. **Desarrollar programas integrales del estudio del inglés como segundo idioma.** El objetivo final de una inversión estratégica en la educación es el desarrollo de programas integrales del estudio del inglés como segundo idioma (ESL, por sus siglas en inglés) para los estudiantes que empiecen en el nivel de secundaria y que terminen con programas para enfermeras empleadas. Empezar con el nivel de secundaria comienza con la preparación en habilidades bilingües de la próxima generación. El desarrollo de programas de ESL para enfermeras aumenta la capacidad de la actual generación empleada. Independientemente de que estas enfermeras emigran para trabajar, el país se beneficiará de la inversión porque estas enfermeras serán capaces de leer la literatura científica internacional y mejorar la calidad de la atención a nivel nacional.
4. **Estandarizar expedientes académicos.** Los programas de enfermería (especialmente los programas de licenciatura) tendrán que estandarizar la presentación de los expedientes académicos, apoyar las universidades en el procesamiento de los expedientes y estandarizar precios para que no se les cobren desorbitantes precios a los individuos o empresas. Acreditación estandarizada en todos los países pueda también facilitar la migración de enfermeras adentro de la región.
5. **Certificar a las enfermeras para trabajar con las comunidades expatriadas.** Una segunda área para el fortalecimiento de las credenciales sería la creación de una certificación especial para las enfermeras que trabajan para las personas mayores o de tercera edad expatriadas. La certificación consistiría en la evaluación de las credenciales educativas iniciales, estándares mínimos de comunicación en inglés (no necesariamente al nivel requerido para emigrar), y la verificación de antecedentes laborales. La certificación podría ser una manera para que los empleadores puedan determinar si la enfermera pueda comunicarse con potenciales clientes extranjeros y gestionar efectivamente sus necesidades del cuidado.
6. **Crear visas preferenciales para las enfermeras que tengan conocimientos de idiomas específicos.** Estados Unidos podría explorar una visa de enfermería piloto basada en abordar la brecha de comunicación entre paciente y proveedor que se ha mantenido durante décadas en su sistema de salud. Esta brecha podría reducirse a través de un sistema preferencial de visados, donde las enfermeras que hablan el mismo idioma que una comunidad que no hable inglés, puedan recibir prioridad para visas de trabajo.
7. **Crear programas transicionales educativos.** Las enfermeras investigadoras de los Estados Unidos están pidiendo la creación de programas transicionales educativos para las enfermeras educadas internacionalmente, como aquellos existentes en Canadá, el Reino Unido y Australia.¹⁹ Programas transicionales educativos (TEPs por sus siglas en inglés) tienen valor tanto para las agencias de colocación como para las instituciones que reciben a enfermeras educadas internacionalmente. Un certificado de un TEP podría complementar el expediente académico o servir como su equivalente en el proceso de evaluación de credenciales. Las organizaciones que ofrecen un TEP a enfermeras educadas internacionalmente podrían ser acreditados y auditados periódicamente por la Comisión sobre Graduados de Escuelas de Enfermería Extranjeras (CGFNS por sus siglas en inglés) para agilizar el proceso.

En un control de calidad adicional, un TEP permite a las agencias de colocación llevar a cabo una evaluación detallada de los potenciales migrantes. Les ahorra costos de orientación a las instituciones que reciben a enfermeras extranjeras, garantizando que las enfermeras educadas internacionalmente no necesiten ser separadas de aquellas recientemente contratadas que han sido educadas en Estados Unidos. Los análisis de costos de los programas, sin embargo, tendrán que ocurrir para determinar quién

asumirá los costos adicionales que un TEP suma al proceso de migración.

8. **Crear opciones laborales para “enfermeras ocultas.”** Finalmente, “las enfermeras ocultas” — enfermeras inmigrantes que se encuentran en los Estados Unidos pero que no trabajan en capacidad de enfermeras — necesitan opciones legales de trabajo.

Estudiantes de enfermería. Los graduados de los programas de enfermería que tengan su Licenciatura en Enfermería pero que no tengan autorización laboral a causa de su historia migratoria, podría obtener una visa TN a través de NAFTA, como parte del DREAM Act²⁰ u otras leyes. Los estudiantes necesitarían demostrar prueba de su diplomado de bachillerato de Estados Unidos y su licenciatura en un programa de enfermería, para satisfacer los requisitos. El mecanismo de visa TN, que no provee vía hacia la ciudadanía, puede resultar políticamente más aceptable. Las estipulaciones de la visa de trabajo, como trabajar por dos o tres años en una comunidad en donde la población es al menos 25 por ciento hispana, estarían dirigidas a las oportunidades de empleo ofrecidas en las áreas del país donde una enfermera bilingüe beneficiaría más a los pacientes y tendría el potencial de reducir las disparidades de salud en las comunidades locales.

Ayudantes. Para sacar provecho de la mano de obra subutilizada y mejorar el acceso a los servicios de atención primaria, enfermeras de América Latina que no tienen licencia y que viven en Estados Unidos, pueden ofrecer una solución única. Un “gran ayudante”, según lo propuesto por Garson et al,²¹ facilitaría el acceso a la atención primaria de salud a la población de bajos ingresos, a través de una combinación de llamadas telefónicas y visitas domiciliarias. Las enfermeras registradas pueden supervisarlas. Las pruebas del modelo con pacientes de Medicaid en Texas redujeron los costos sistémicos en un 62 por ciento, y los salarios de los ayudantes (\$15 al \$22 por hora) fueron fácilmente cubiertos por los ahorros generados.

Esta ficha informativa resume el informe completo escrito en inglés por Allison Squires y Hiram Beltrán-Sánchez, para el Grupo de Estudio de la Migración Regional, titulado, “Strengthening Health Systems in North and Central America: What Role for Migration?” (Fortaleciendo los sistemas de salud en Norte y Centroamérica: ¿Qué papel para la migración?). El Grupo de Estudio de la Migración Regional es una iniciativa del Instituto de Política Migratoria (MPI por sus siglas en inglés) y el Programa de América Latina / Instituto México del Woodrow Wilson International Center for Scholars. El Grupo de Estudio, co-presidido por el ex presidente mexicano Ernesto Zedillo, ex secretario de Comercio de EE.UU., Carlos Gutiérrez, y el ex vicepresidente de Guatemala, Eduardo Stein, funciona como un centro de estudios “virtual” para los diseñadores de políticas y la sociedad civil en la región mientras que manejan las relaciones de la migración, y otros temas relacionados al capital humano y la competitividad global. Los objetivos, lista de miembros, y publicaciones del Grupo de Estudio están disponibles en www.migrationpolicy.org/regionalstudygroup.

Notas al Final

- 1 Dólares internacionales con paridad de poder adquisitivo.
- 2 Organización Panamericana de la Salud, "Health Situation in the Americas: Basic Indicators 2012" (2012).
- 3 Mónica Acosta, María del Rocío Sáenz, Blanca Gutiérrez, y Juan Luis Bermúdez, "Sistema de salud de El Salvador," *Salud Pública de México* 53, no. 2 (2011): S188-S196.
- 4 Bermúdez-Madriz, Juan Luis, María del Rocío Sáenz, Jorine Muiser, y Mónica Acosta, "Sistema de salud de Honduras," *Salud Pública de México* 53, no. 2 (2011): S209-S219.
- 5 Ver Julio Frenk, Lincoln Chen, Zulfiqar A. Bhutta, Jordan Cohen, Nigel Crisp, Timothy Evans, Harvey Fineberg, et al., "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world," *Lancet* 376, no. 9756 (2011): 1923-58; Felicia Knaul, H. Arreola-Ornelas, Oscar Mendez, y Ana Martínez, "Justicia financiera y gastos catastróficos en salud: impacto del Seguro Popular de salud en México," *Salud pública de México* 47 (2005): S54; Felicia Marie Knaul y Julio Frenk, "Health insurance in Mexico: achieving universal coverage through structural reform," *Health Affairs* 24, no. 6 (2005): 1467-1476; y Asa Cristina Laurell, "Health system reform in Mexico: a critical review," *International Journal of Health Services* 37, no. 3 (2007): 515-535, "The Second Health Reform: Insurance and prayer-provider split," *Salud Colectiva* 6, no. 2 (2010): 137-148, y Asa Cristina Laurell, "Mexican health insurance: uncertain universal coverage," *Ciencia & Saude Coletiva*, 16, no. 6 (2011): 2795-2806.
- 6 Ver Linda H. Aiken, "US nurse labor market dynamics are key to global nurse sufficiency," *Health Services Research* 42, no. 3p2 (2007): 1299-1320; Peter I. Buerhaus, Douglas O. Staiger, y David I. Auerbach, "New signs of a strengthening US nurse labor market," *Health Affairs* 23, no. 2 (2004): 526-533; Peter I. Buerhaus, David I. Auerbach, y Douglas O. Staiger, "Recent trends in the registered nurse labor market in the US: Short-run swings on top of long-term trends," *Nursing economic\$* 25, no. 2 (2007): 59; Yu Xu y Chanyeong Kwak, "Characteristics of internationally educated nurses in the United States," *Nursing economic\$* 23, no. 5 (2005): 233, y Yu Xu y Chanyeong Kwak, "Trended profile of internationally educated nurses in the United States: implications for the nurse shortage and beyond," *Journal of Nursing Administration* 36, no. 11 (2006): 522-525.
- 7 Mireille Kingma, *Nurses on the move: Migration and the global health care economy* (Ithaca, NY: Cornell University Press, 2005).
- 8 David I. Auerbach, Peter I. Buerhaus, y Douglas O. Staiger, "Registered nurse supply grows faster than projected amid surge in new entrants ages 23-26," *Health Affairs* 30, no. 12 (2011).
- 9 Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, *Occupational Outlook Handbook, 2012-13 Edition*, Registered Nurses. <http://www.bls.gov/ooh/healthcare/registered-nurses.htm>.
- 10 Auerbach et al., "Registered nurse supply grows faster."
- 11 Institute of Medicine, Committee on the Robert Wood Johnson Foundation Initiative on the Future of Nursing, "The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health" (Washington, DC: National Academies Press, 2011). <http://www.iom.edu/Reports/2010/The-Future-of-Nursing-Leading-Change-Advancing-Health.aspx>.
- 12 Ver Linda H. Aiken, Sean P. Clarke, Robyn B. Cheung, Douglas M. Sloane, y Jeffrey H. Silber, "Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality," *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 290, no. 12 (2003): 1617-1623; también Matthew D. McHugh y Amy Witkoski Stimpfel, "Nurse reported quality of care: A measure of hospital quality," *Research in Nursing & Health* (2012). El estudio citado acá por Aiken et al fue el primero en identificar la conexión entre la preparación educativa de enfermeras y los resultados en los pacientes. Desde entonces, docenas de estudios, demasiados para enunciarlos acá, han seguido y producido resultados similares.
- 13 Alberto Palloni, Guido Pinto-Aguirre, y Martha Peláez, "Demographic and health conditions of ageing in Latin America and the Caribbean," *International Journal of Epidemiology* 31 (2002):762-771.
- 14 Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, Comisión Económica para América Latina y Caribe. 2011 Revision. http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm.

- 15 Ver Sara N. Bleich, David M. Cutler, Alyce S. Adams, Rafael Lozano, y Christopher JL Murray, "Impact of insurance and supply of health professionals on coverage of treatment for hypertension in Mexico: A population based study," *BMJ* 335, no. 7625 (2007): 875; Mike Callaghan, Nathan Ford, y Helen Schneider, "A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa," *Human Resources for Health* 8 (2010): 8.; George A. Diamond, y Sanjay Kaul, "Cost, effectiveness, and cost-effectiveness," *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 2, no. 1 (2009): 49-54; Ann M Dozier, Deborah J. Ossip, Sergio Diaz, Essie Sierra-Torres, Zahira Quiñones de Monegro, Latoya Armstrong, Nancy P. Chin, y Scott McIntosh, "Health Care Workers in the Dominican Republic: Self-Perceived Role in Smoking Cessation," *Evaluation & the Health Professions* 32, no. 2 (2009): 144-164; Neil S. MacNaughton, "Health Disparities and Health-Seeking Behavior Among Latino Men: A Review of the Literature," *Journal of Transcultural Nursing* 19, no. 1 (2008): 83-91; Neelam Sekhri, Richard Feachem, y Angela Ni, "Public-private integrated partnerships demonstrate the potential to improve health care access, quality, and efficiency," *Health Affairs* 30, no. 8 (2011): 1498-1507; y Joan R. Thompson, Claire Horton, y Carlos Flores, "Advancing Diabetes Self-Management in the Mexican American Population: A Community Health Worker Model in a Primary Care Setting," *The Diabetes Educator* 33, no. Supplement 6 (2007): 159S-165S.
- 16 Ver J. Margo Carthon-Brooks, Ann Kutney-Lee, Olga Jarrín, Douglas Sloane, y Linda H. Aiken, "Nurse Staffing and Postsurgical Outcomes in Black Adults," *Journal of the American Geriatrics Society* 60, no. 6 (2012): 1078-1084; also McHugh y Stimpfel (2012).
- 17 Ver Instituto Nacional de Estadística y Geografía de México, Censo de Población y Vivienda, 2010.
- 18 Fundación BBVA Bancomer, "BBVA Research Flash: Los "Baby Boomers" de EEUU en México: un grupo creciente de migrantes," 21 de marzo 2012. http://www.bbvaresearch.com/KETD/fbin/mult/120321_FlashMigracionMexico_09_tcm346-297941.pdf.
- 19 Yu Xu y Flora He, "Transition programs for internationally educated nurses: what can the United States learn from the United Kingdom, Australia, and Canada?" *Nursing economic\$* 30, no. 4 (2012): 215.
- 20 La legislación bipartita, el Ley de Fomento para el Progreso, Alivio y Educación para Menores Extranjeros (DREAM Act, por sus siglas en inglés), que ha sido introducido al Congreso de los EE.UU. en varias formas desde 2001, tiene por objeto proporcionar un camino a la legalización para los jóvenes elegibles no autorizados y para los adultos jóvenes, lo que les permitirá a solicitar el estatus de residente legal permanente en forma condicional si, tras la promulgación de la ley, tienen menos de 35 años, que hayan llegado a los Estados Unidos antes de cumplir 16 años, que hayan vivido en Estados Unidos durante los últimos cinco años o más , y que hayan obtenido un diploma de escuela secundaria EE.UU. o su equivalente. El carácter condicional de su situación sería eliminado en seis años si completan con éxito al menos dos años de educación post-secundaria o de servicio militar y si han mantenido un buen carácter moral durante ese período de tiempo.
- 21 Garson, "A New Corps of Grand Aides has the Potential."



El **Instituto de Política Migratoria (Migration Policy Institute, MPI** por sus siglas en inglés) es un centro de pensamiento independiente, no partidista, sin fines de lucro con sede en Washington, DC que se dedica al análisis de los movimientos de personas en todo el mundo. MPI provee análisis y desarrollo y evaluación de las políticas migratorias y para refugiados al nivel local, nacional e internacional.

El Programa de América Latina y los Institutos para México y Brasil del **Woodrow Wilson International Center for Scholars** sirven como puente entre Estados Unidos y América Latina, ofreciendo un foro no partidista de expertos regionales y mundiales para discutir los temas más críticos que enfrenta el hemisferio.

Para más información sobre el Grupo de Estudio de la Migración Regional, visite:
www.MigrationPolicy.org/regionalstudygroup

© 2013 Migration Policy Institute. Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en cualquier forma o por cualquier medio, ya sea electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, o por cualquier sistema de almacenamiento y recuperación de información, sin autorización del Migration Policy Institute.

Información para la reproducción de extractos de esta hoja informativa se puede encontrar en www.migrationpolicy.org/about/copy.php o por poniéndose en contacto con communications@migrationpolicy.org.

Cita sugerida: Grupo de Estudio de la Migración Regional. 2013. *Resumen del Sector: Sistema de Salud*. Washington, DC: Migration Policy Institute.

1400 16th St. NW
Suite 300
Washington, DC 20036

Tel: 001 202-266-1940
Fax: 001 202-266-1900